

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย

ปฏิภาณ สมบูรณ์^{1*} มลิณี สมภาพเจริญ² มณีรัตน์ จีระวิวัฒน์³ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง⁴

^{1*} นักศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

^{2,3,4} รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนอาชีวศึกษา จำนวน 563 คน จาก 8 สถาบันอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลด้วยชุดแบบสอบถาม วิธีการตอบคำถามด้วยตนเอง จำนวนทั้งสิ้น 5 ส่วน โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น และชาติพันธุ์/ชนเผ่า สถานภาพครอบครัว อาชีพผู้ปกครอง และรายได้ผู้ปกครอง และปัจจัยตามกรอบกำหนด PRECEDE framework อันได้แก่ ปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับการติตรา การรับรู้แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการติตรา และเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปัจจัยเอื้อ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติตราและเลือกปฏิบัติฯ ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง และปัจจัยเสริม คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ต่อพฤติกรรมการติตรา ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi - Square test) ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาที่ร่วมการศึกษาในครั้งนี้ เป็นเพศชาย ร้อยละ 41.7 และเพศหญิง ร้อยละ 58.3 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 18.2 ปี (S.D. = 0.46) ด้านปัจจัยคุณลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตราและเลือกปฏิบัติฯ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น และชาติพันธุ์/ชนเผ่า ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการติตรา การรับรู้แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการติตรา และเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติตรา ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ด้านปัจจัยเสริม คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นข้อมูลที่ได้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนงานด้านสุขภาพ หลักสูตรการสอน และงานด้านสาธารณสุข เพื่อดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป

คำสำคัญ: การติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ นักเรียนอาชีวศึกษา/ จังหวัดเชียงราย

Factors Associated with Stigma and Discrimination Behaviors in People Living with HIV among Vocational Students in Chiang Rai Province

Patipan Somboon^{1*} Malinee Somphobcharoen² Manirat Therawiwat³
Kwanmuang Kaeodumkoeng⁴

^{1*} Master of Science Students in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

^{2,3,4} Assoc. Prof., Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

This cross-sectional analytical research aims to studying the factors associated to toward people living with HIV behavior among vocational school students. The study included 563 students from 8 vocational schools in Chiang Rai province participated in the study. Data were collected through a questionnaire comprising 5 sections. Analysis involved descriptive statistics and correlation analysis between demographic factors (such as, gender, age, educational level, ethnicity/race, family status, parental occupation, and income) and factors based on the PRECEDE framework, including predisposing factors consisting of knowledge about stigma, perception of stigma reduction practices, and attitude towards people living with HIV; enabling factors consisting of receiving information about stigma and discrimination reduction practices, skills in interacting with people living with HIV, and parenting styles; and reinforcing factors consisting of receiving support from peers and family members. Statistical analysis was performed using the Chi-Square test. Results indicated that 41.7% of the students were male, 58.3% were female, with an average age of 18.2 years (S.D. = 0.46). Personal characteristics associated with stigma and discrimination towards people living with HIV included gender, age, gender, age, educational level, and ethnicity/race. Predisposing factors encompassed knowledge about stigma, perception of stigma reduction practices, and attitude towards people living with HIV. Enabling factors comprised receiving information about stigma and discrimination reduction practices, skills in interacting with people living with HIV, and parenting styles. Reinforcing factors included receiving support from family members. These findings can inform the development of health education programs, curriculum design, and public health interventions related to HIV/AIDS and sexually transmitted infections in vocational schools.

Keywords: Stigma and discrimination to people who living with HIV/ Vocational students/
Chiang Rai province

*Corresponding author: Patipan Somboon, email: patipan@shoklo-unit.com, Tel.: 06 1594 6925

Received: May 6, 2024/ Revised: August 16, 2024/ Accepted: September 2, 2024

บทนำ

เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ทำให้ผู้ป่วยมีการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection: OI) บางชนิด เช่น การเกิดเชื้อราในอวัยวะสำคัญของร่างกาย การเกิดเนื้องอกบางชนิด จนอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ เรียกว่าสภาวะเอดส์ หรือโรคเอดส์ (AIDS) ซึ่งถือเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้ด้วยยาต้านไวรัส⁽¹⁾ จากรายงานสถานการณ์เอชไอวีทั่วโลก ข้อมูลรายงานจากโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ ปี 2562 พบว่า มีผู้ป่วยเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่มีจำนวนทั้งสิ้น 36.75 ล้านคนทั่วโลก โดยจำแนกเป็นกลุ่มของผู้ป่วยที่กำลังรักษาอาการด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 17 ล้านคน ซึ่งมีจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 1.8 ล้านคน ในจำนวนนี้อาศัยอยู่ในประเทศที่ยากจน และแถบแอฟริกา จำนวน 1.5 ล้านคน⁽²⁾ โดยประเทศไทย มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก จากข้อมูลรายงานของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย พ.ศ. 2562 พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากถึง 480,000 ราย จำแนกเป็นเพศชายจำนวน 270,000 ราย และเพศหญิง จำนวน 210,000 ราย โดยความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในวัยผู้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 1.1 ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีทิศทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในปัจจุบัน ที่ได้มุ่งเน้นการปรับระบบบริการสุขภาพและการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ เพื่อให้ประเทศไทยสามารถยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งเป็นไปตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573⁽³⁾

จังหวัดเชียงราย ถือเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีการระบาดของเอชไอวีสูงของประเทศไทย โดยร้อยละ 60 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดใน 15 จังหวัด กล่าวคือ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ เชียงราย ขอนแก่น อุดรธานี ชลบุรี สมุทรปราการ นครราชสีมา ปทุมธานี นนทบุรี มหาสารคาม บุรีรัมย์ ลพบุรี นครสวรรค์ และพิษณุโลก ตามลำดับ⁽⁴⁾ จากข้อมูลรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีของจังหวัดเชียงราย มียอดสะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ ณ ปี 2563 จำนวน 15,854 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี⁽³⁾ หรือเทียบเท่ากับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งในสายสามัญศึกษาและอาชีวศึกษา จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 (NHES: National Health Examination Survey)⁽³⁾ ดำเนินการโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยความร่วมมือจากเครือข่ายมหาวิทยาลัยในภูมิภาคต่างๆ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า ร้อยละ 78.5 ของชาย - หญิง อายุ 14 - 49 ปี ลังเลการไปตรวจเลือดเพราะกลัวคนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (MICS Survey)⁽³⁾ ในปี 2565 พบว่าประชากรวัยเจริญพันธุ์กว่า ร้อยละ 27.9 มีทัศนคติที่เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน โดยศึกษาตามกรอบ PRECEDE Framework ของ Lawrence W. Green และคณะ⁽⁵⁾ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing) ปัจจัยเอื้อ (Enabling) และปัจจัยเสริม (Reinforcing) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่า ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ ทัศนคติ และความเชื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี^(6, 7) และในการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเชื่อที่ว่า “เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้จากการสัมผัสน้ำลายของผู้ติดเชื้อ” และมีทัศนคติที่เหมารวมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ว่าส่วนใหญ่จะต้องเป็นกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ⁽⁷⁾ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และจากการศึกษาของ มิเชล แม็คเคิร์ท (อ้างอิงใน Health Literacy and Perceptions of Stigma, 2019) พบว่าทักษะการสืบค้น/รับรู้ข่าวสาร และทักษะตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ต่อการตีตราโรคภัย ไม่เฉพาะเอชไอวี/เอดส์ แต่ยักรวมถึงโรคอื่นๆ อีกด้วย⁽⁸⁾ และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน พบว่า บุคคลรอบข้าง และกลุ่มเพื่อนเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ เนื่องจากเยาวชนมีการเลือกทำพฤติกรรมให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน การไม่ถูกยอมรับจะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและ

เสียความมีตัวตนในที่สุด⁽⁷⁾ ขณะเดียวกันการให้ความรู้ที่ถูกต้องเพื่อป้องกันพฤติกรรมการติดยา ก็จำเป็นต้องทำไปพร้อมกัน เพื่อบรรลุมรรตยศาสตร์แห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ในปี พ.ศ. 2573

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติดยาและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

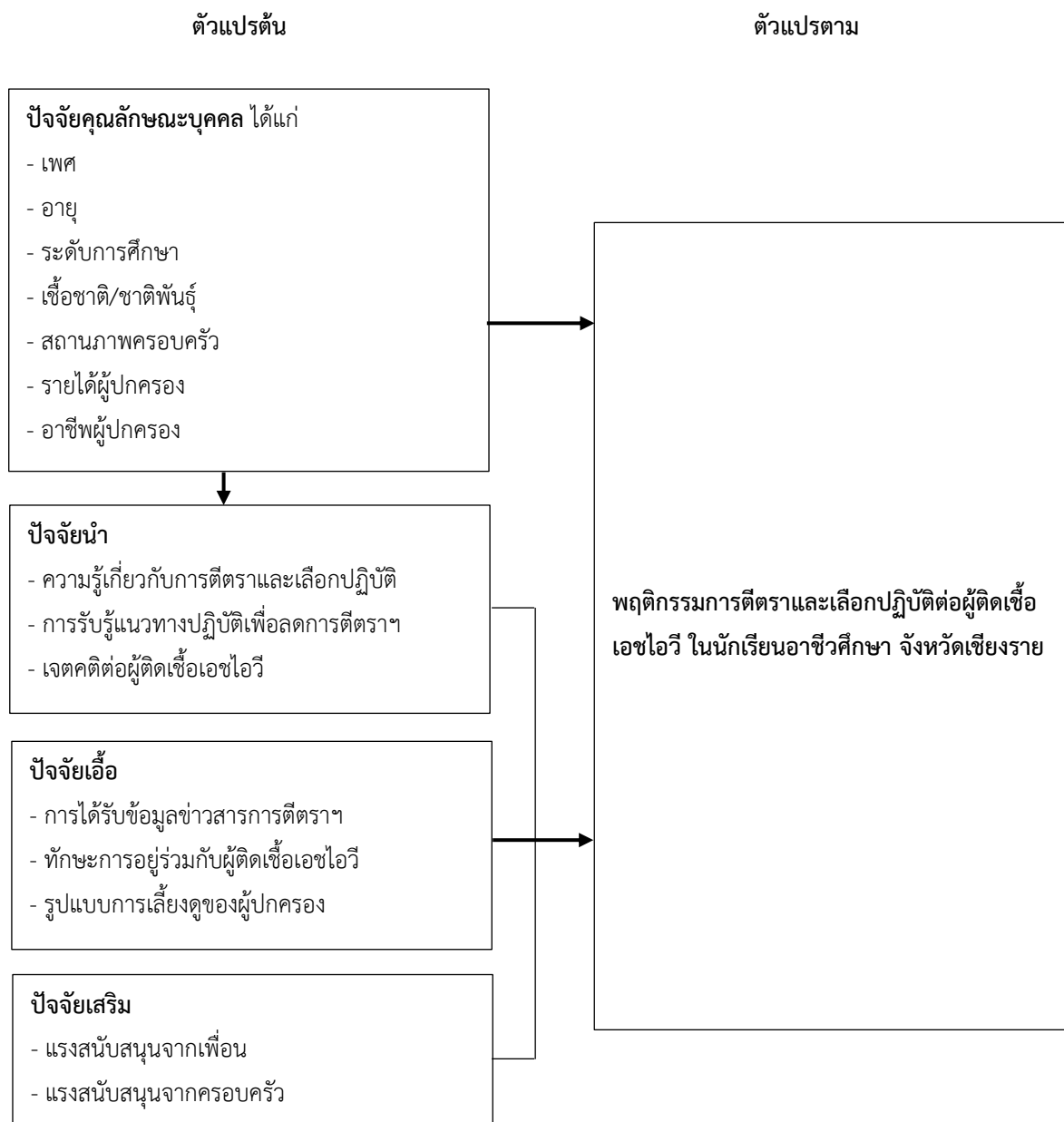
1. ปัจจัยคุณลักษณะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา ขาติพันธุ์/ชนเผ่า สถานภาพครอบครัว รายได้ ผู้ปกครอง และอาชีพผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติดยา และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย

2. ปัจจัยนำ (ความรู้ การรับรู้ เจตคติ) ปัจจัยเอื้อ (การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อฯ รูปแบบการเลี้ยงดู) และปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนจากเพื่อน แรงสนับสนุนจากครอบครัว) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติดยา และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนอาชีวศึกษา ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 จังหวัดเชียงราย โดยได้ทำการรวบรวมข้อมูลเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติดยา ของนักเรียนอาชีวศึกษา ใช้วิธีการรวบรวมโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งข้อมูล ที่ได้ถือว่าเป็นข้อมูล ที่น่าเชื่อถือและเป็นจริงมากที่สุด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional study) คือ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว ณ เวลาที่กำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel Wayne W.⁽⁸⁾ ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 pq}{d^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 pq}$$

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันอาชีวศึกษา ปวช.1 - ปวช.3 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 1 เขต 2 และเขต 4 จังหวัดเชียงราย ซึ่งจำนวนประชากรที่นำมาใช้ในการคำนวณตัวอย่างเป็นจำนวนของนักเรียนที่ศึกษาในปีการศึกษา ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 7,776 คน ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ปี พ.ศ. 2563 โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้สูตรของ Daniel Wayne W.⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 500 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 33 เพื่อทดแทนอัตราการตอบกลับแบบสอบถาม⁽¹⁰⁾ ที่ร้อยละ 90 ของแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล⁽¹¹⁾ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด เป็นจำนวน 665 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ตามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชาติพันธุ์/ชนเผ่า อาชีพผู้ปกครอง สถานภาพครอบครัว และรายได้ผู้ปกครอง แบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ แบ่งส่วนย่อย คือ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการติตราและเลือกปฏิบัติ เป็นคำถามแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน คำถามมีจำนวน 10 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน และจัดเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม ดังนี้

ระดับความรู้ควรปรับปรุง (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 0 - 6 คะแนน
ระดับความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 7 - 8 คะแนน
ระดับความรู้ดี (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป

2.2 การรับรู้แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการติตรา เป็นคำถามวัดความเห็นให้ผู้ตอบเลือก 3 ระดับ ตอบมาก ได้ 3 คะแนน ปานกลาง ได้ 2 คะแนน และตอบน้อย ได้ 1 คะแนน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ พิจารณาตามเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

รับรู้ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 11 - 19 คะแนน
รับรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 20 - 26 คะแนน
รับรู้ระดับมาก (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป

2.3) เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการปฏิบัติตัวต่อผู้ติดเชื้อ เป็นคำถามวัดความเห็นให้ผู้ตอบเลือก 3 ระดับ ตอบเห็นด้วย ได้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน และตอบไม่เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 11 ข้อ พิจารณาตามเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มีเจตคติเชิงลบ (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 11 - 19 คะแนน
มีเจตคติเป็นกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 20 - 26 คะแนน
มีเจตคติเชิงบวก (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ แบ่งส่วนย่อย คือ

3.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารการติตราและเลือกปฏิบัติ เป็นคำถามวัดการปฏิบัติให้ผู้ตอบเลือก 4 ระดับ ตอบเป็นประจำ ได้ 4 คะแนน เป็นบางครั้ง ได้ 3 คะแนน นานๆ ครั้งได้ 2 คะแนน และตอบไม่เคยเลย ได้ 1 คะแนน

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ทำการกลับส่วนข้อคำถามเชิงบวก เชิงลบ จำนวน 5 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁽¹²⁾ ดังนี้

ได้รับข้อมูลข่าวสาร ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 5 - 12 คะแนน
ได้รับข้อมูลข่าวสาร ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 13 - 16 คะแนน
ได้รับข้อมูลข่าวสาร ระดับมาก (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป

3.2) ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นคำถามวัดการปฏิบัติให้ผู้ตอบเลือก 3 ระดับ ตอบยาก ได้ 1 คะแนน ย่าง ได้ 2 คะแนน และง่ายมาก ได้ 3 คะแนน จำนวน 5 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม ดังนี้

มีทักษะ ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 5 - 8 คะแนน
มีทักษะ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 13 - 16 คะแนน
มีทักษะ ระดับที่ดี (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

3.3) รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เป็นคำถามวัดประสบการณ์ของนักเรียน ให้ผู้ตอบเลือก 3 ระดับ ตอบไม่เคยเลย ได้ 1 คะแนน เป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน และเป็นประจำ ได้ 3 คะแนน ทำการกลับส่วนข้อคำถามเชิงบวก เชิงลบ จำนวน 5 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁽¹²⁾ ดังนี้

ปล่อยปะละเลย (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 5 - 8 คะแนน
ดูแลเอาใจใส่ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 9 - 11 คะแนน
ดูแลเอาใจใส่ดี (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม แบ่งส่วนย่อย คือ

4.1) แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน เป็นคำถามวัดประสบการณ์ของนักเรียน ให้ผู้ตอบเลือก 3 ระดับ ตอบมาก ได้ 3 คะแนน ปานกลาง ได้ 2 คะแนน และตอบน้อย ได้ 1 คะแนน ทำการกลับส่วนข้อคำถามเชิงบวก เชิงลบ จำนวน 10 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁽¹²⁾ ดังนี้

ได้รับแรงสนับสนุน ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 10 - 17 คะแนน
ได้รับแรงสนับสนุน ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 18 - 23 คะแนน
ได้รับแรงสนับสนุน ในระดับมาก (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป

4.2) แรงสนับสนุนจากครอบครัว เป็นคำถามวัดประสบการณ์ของนักเรียน ให้ผู้ตอบเลือก 3 ระดับ ตอบมาก ได้ 3 คะแนน ปานกลาง ได้ 2 คะแนน และตอบน้อย ได้ 1 คะแนน ทำการกลับส่วนข้อคำถามเชิงบวก เชิงลบ จำนวน 10 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁽¹²⁾ ดังนี้

ได้รับแรงสนับสนุน ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 10 - 17 คะแนน
ได้รับแรงสนับสนุน ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 18 - 23 คะแนน
ได้รับแรงสนับสนุน ในระดับมาก (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการประเมินและวัดพฤติกรรมการปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย พฤติกรรมการติตรา ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และรูปแบบการปฏิบัติตัวเมื่อต้องสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ในสังคม สถานศึกษา และครอบครัว ซึ่งยกสถานการณ์ตัวอย่างที่ชัดเจน และให้นักเรียนเลือกตอบระดับพฤติกรรม ใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์เกณฑ์การประเมินผลตามแนวคิดของบลูม⁽¹²⁾ แบ่งการวัดเป็น 4 ระดับ ตอบปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ได้ 3 คะแนน ปฏิบัตินานครั้ง ได้ 2 คะแนน และตอบไม่เคยปฏิบัติเลย ได้ 1 คะแนน ทำการกลับส่วนข้อคำถามเชิงบวก เชิงลบ จำนวน 10 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม ดังนี้

มีพฤติกรรมการติตรา (น้อยกว่าร้อยละ 25)	คะแนนระหว่าง 10 - 23 คะแนน
มีในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 24 - 31 คะแนน

ไม่มีพฤติกรรมติตรา (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)

คะแนนตั้งแต่ 32 คะแนนขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการวิจัย มีการตรวจสอบคุณภาพ ใน 3 ด้าน คือ ด้านความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (Construct and content validity) ด้านความเป็นปรนัย (Objectivity) และด้านความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการติตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ เพื่อพิจารณาถึงความถูกต้อง ความชัดเจน ความสอดคล้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา และดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson; KR-20) เฉพาะในส่วนของการวัดความรู้ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ พบว่าเครื่องมือมีคุณภาพตามเกณฑ์ดังนี้ ด้านการวัดความรู้ เท่ากับ 0.66 (KR-20) การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการลดติตรา และเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.65 และ 0.62 ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.60 และ 0.64 แรงสนับสนุนจากเพื่อน และแรงสนับสนุนจากครอบครัว พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.62 และ 0.66 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง และรหัสโครงการวิจัยเลขที่ MUPH 147/2564) เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2565 ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อแจ้งขอและความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการสถาบันศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง และเริ่มขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ประสานงานกับโรงเรียนและขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการสถาบันศึกษาแต่ละแห่ง อาจารย์ประจำชั้น โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการในการเก็บข้อมูลโดยละเอียด ตลอดจนนัดหมายวัน เวลา ที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำการแสดงเอกสารใบรับรองจริยธรรมฯ ต่อหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง และขอจำนวนนักเรียนที่แสดงเจตนายินยอมร่วมโครงการฯ จากทีมอาจารย์ที่ได้รับการประสาน จากนั้นแจกเอกสารแบบยินยอมเพื่อลงนามและขอเก็บเอกสารคืนสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม และให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลา 30 นาที โดยประมาณ พร้อมใบพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างอ่านโดยละเอียด เพื่อทำความเข้าใจก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการให้ข้อมูลการวิจัย โดยนักเรียนสามารถเลือกตอบจากแบบสอบถาม และในกลุ่มนักเรียนที่มีเครื่องมือสื่อสารพร้อมบริการระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต สามารถกรอกข้อมูลผ่าน Google form ด้วยวิธีการสแกน QR Code

3. เมื่อทำแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อนำข้อมูลไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test) ในตัวอย่างประชากรจัดกลุ่มต่าง 2 กลุ่ม

ผลการวิจัย

ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร

เนื่องจากช่วงเวลาการเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่สถานศึกษายังคงมีมาตรการการจัดการเรียนการสอนทางไกลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกที่ 3 (3rd Wave) กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วมเพื่อตอบแบบสอบถามตามการนัดหมาย และได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์และครบถ้วน มีจำนวน 563 คน โดยมีอัตราตอบกลับที่ขาดหายไป ร้อยละ 15.3 จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 และเป็นเพศหญิง จำนวน 328 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 18.2 ปี ช่วงอายุระหว่าง 18 - 20 ปี มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 434 คน คิดเป็นร้อยละ 77.1 รองลงมาคือกลุ่มอายุระหว่าง 15 - 17 ปี จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 22.9 ระดับชั้นศึกษาพบว่า กำลังศึกษาอยู่ในระดับ ปวช.3 จำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 ปวช.2 จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 และ ปวช. 1 จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ปัจจัยด้านชาติพันธุ์/ชนเผ่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาติพันธุ์ไทย จำนวน 510 คน คิดเป็นร้อยละ 90.6 และเป็นกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 ตัวแปรด้านสถานภาพครอบครัว (บิดา/มารดา) พบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 473 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 บิดาและมารดามีสถานะสมรส และอยู่เป็นคู่ และกลุ่มที่บิดามารดา มีสถานะหม้ายและอยู่ร้าง จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 ตัวแปรด้านอาชีพของผู้ปกครอง พบว่ามีผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 กิจการส่วนตัว/ค้าขาย จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 27.0 เกษตรกร จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และเป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน/ว่างงาน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ตัวแปรด้านอาชีพของผู้ปกครอง พบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 15,001 - 20,000 บาทขึ้นไป จำนวน 309 คน คิดเป็นร้อยละ 54.9 ผู้ปกครองมีรายได้ 5,001 - 15,000 บาท จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 32.7 และกลุ่มที่ผู้ปกครองมีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะบุคคล (n = 563)

ตัวแปรคุณลักษณะบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	235	41.7
หญิง	328	58.3
อายุ		
15 - 17 ปี	129	22.9
18 - 20 ปี	434	77.1
$\bar{X}$ = 18.20, S.D. = 0.46		
ระดับชั้น		
ปวช. 1	102	18.1
ปวช. 2	166	29.5
ปวช. 3	295	52.4
ชาติพันธุ์/ชนเผ่า		
ไทย	510	90.6
ชาติพันธุ์	53	9.4
สถานภาพครอบครัว (บิดา/มารดา)		
สมรส/คู่	473	84.0
หม้าย/อยู่ร้าง	90	16.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรคุณลักษณะบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพของผู้ปกครอง		
รับจ้าง	165	29.3
กิจการส่วนตัว/ค้าขาย	152	27.0
เกษตรกร	122	21.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	94	16.7
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ว่างงาน	30	5.3
รายได้ผู้ปกครอง		
15,001 - 20,000 บาทขึ้นไป	309	54.9
5,001 - 15,000 บาท	184	32.7
ต่ำกว่า 5,000 บาท	70	12.4

ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร กับพฤติกรรมการติตตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ผลการวิจัย ดังนี้

1. เพศ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตตรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.1 มีพฤติกรรมการติตตรา ระดับปานกลาง เป็นเพศชาย ร้อยละ 28.1 และเพศหญิง ร้อยละ 44 รองลงมาคือ กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตตรา ร้อยละ 26.8 เป็นเพศชายร้อยละ 13.7 และเพศหญิง ร้อยละ 13.1 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตตรา พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 1.1

2. อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตตรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.2 มีอายุในช่วงระหว่าง 18 - 20 ปี มีระดับพฤติกรรมการติตตรา ระดับปานกลาง รองลงมาคือ กลุ่มมีพฤติกรรมการติตตรา ระดับมาก ร้อยละ 25.6 และร้อยละ 0.2 เป็นกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตตรา ในกลุ่มช่วงอายุระหว่าง 15 - 17 ปี พบว่ามีพฤติกรรมการติตตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 65.1 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 31.0 และไม่มีพฤติกรรมการติตตรา ร้อยละ 3.9

3. ระดับชั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตตรา ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักเรียน ระดับชั้น ปวช.3 เป็นกลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมการติตตรา ระดับปานกลาง และระดับมาก ร้อยละ 40.7 และ 11.7 ตามลำดับ รองลงมาคือ นักเรียนระดับชั้น ปวช.2 จำแนกเป็นกลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมการติตตรา ระดับปานกลาง ระดับมาก และไม่มี พฤติกรรมการติตตรา ร้อยละ 19.9, 8.5 และ 1.1 ตามลำดับ และกลุ่มนักเรียนระดับชั้น ปวช.1 จำแนกเป็นกลุ่มที่มีระดับ พฤติกรรมการติตตรา ระดับปานกลาง และมาก ร้อยละ 11.5 และ 6.6 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษา อยู่ในระดับอาชีวศึกษาที่มีระดับชั้นที่สูงจะมีความรู้และเข้าใจในประเด็นเรื่องการติตตรา มากกว่ากลุ่มที่มีระดับชั้นศึกษาชั้นต่ำกว่า

4. ชชาติพันธุ์/ชนเผ่า พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตตรา ($p < 0.001$) โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีความ แตกต่างทางชาติพันธุ์และชนเผ่า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ไทย คือ คนไทย หรือพื้นเมือง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย และ กลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ คือ กลุ่มชนเผ่าอาข่า ไทลื้อ ไทใหญ่ ลาหู่ และม้ง ซึ่งมีระดับความรู้ ที่แตกต่างกันหากจำแนกตามอายุ และมีความแตกต่างของชาติพันธุ์และชนเผ่าเข้ามาเกี่ยวข้อง ในจำนวนทั้งหมดของ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มชาติพันธุ์/ชนเผ่า (ร้อยละ 9.4) ที่มีพบว่าร้อยละ 1.6 ยังคงมีพฤติกรรมการติตตรา และอีกร้อยละ 7.82 ไม่มี พฤติกรรมการติตตรา (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะบุคคลกับระดับการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี (n = 563)

คุณลักษณะบุคคล	พฤติกรรมการตีตราและเลือกปฏิบัติ ^a						X ²	p-value
	ตีตรามาก		ตีตราปานกลาง		ไม่มีการตีตรา			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								
ชาย	77	32.8	158	67.2	-	-	10.94	<0.004*
หญิง	74	22.6	248	75.6	6	1.8		
อายุ^a								
15 - 17 ปี	40	31.0	84	65.1	5	3.9	12.02	<0.002*
18 - 20 ปี	111	25.6	322	74.2	1	0.2		
ระดับชั้น								
ปวช. 1	37	36.3	65	63.7	-	-	22.93	<0.001
ปวช. 2	48	28.9	112	67.5	6	3.6		
ปวช. 3	66	22.4	229	77.6	-	-		
ชาติพันธุ์/ชนเผ่า^a								
ไทย	140	27.5	369	72.4	1	0.2	39.29	<0.001
ชาติพันธุ์ อื่นๆ	11	20.8	37	69.8	5	9.4		
สถานภาพครอบครัว								
สมรส/คู่	126	26.9	339	72.4	3	0.6	4.74	0.093
หย่าร้าง	25	26.3	67	70.5	3	3.2		
อาชีพผู้ปกครอง								
รับจ้าง	48	29.1	115	69.7	2	1.2	12.02	0.150
ค้าขาย	44	28.9	108	71.1	-	-		
เกษตรกร	26	21.3	95	77.9	26	4.6		
รัฐ/รัฐวิสาหกิจ	21	22.3	70	74.5	3	3.2		
แม่บ้าน/ว่างงาน	12	40.0	18	60.0	-	-		
รายได้ผู้ปกครอง								
ต่ำกว่า 5,000	17	24.3	52	74.3	1	1.4	5.39	0.249
5,001 - 15,000	44	23.9	136	73.9	4	2.2		
15,001 - ≥20,000	90	29.1	218	70.6	1	0.3		

^a Fisher's exact test

ปัจจัยตามกรอบกำหนด PRECEDE Framework กับพฤติกรรมการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ผลการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการติตราและเลือกปฏิบัติ พบว่ามีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการติตราฯ ของนักเรียนอาชีวศึกษา
ในจังหวัดเชียงรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้เรื่องการติตราฯ ในระดับที่
ควรปรับปรุง จะมีระดับของพฤติกรรมการติตราฯ ในระดับปานกลาง และระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.0 ซึ่งถือเป็นจำนวน
มากที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 84.5

2. การรับรู้แนวทางการป้องกันการติตราและเลือกปฏิบัติ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตรา ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ ในระดับน้อย มีพฤติกรรมติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 74.0 และระดับมาก ร้อยละ 25.6 ไม่มีพฤติกรรมติตรา ร้อยละ 0.4 รองลงมาคือกลุ่มที่มีระดับการรับรู้ ในระดับปานกลาง พบว่ามีระดับพฤติกรรม การติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 67.5 ระดับมาก ร้อยละ 27.3 และไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 5.2 และในกลุ่มที่มี ระดับการรับรู้ ระดับมาก พบว่ามีระดับพฤติกรรมการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 69.2 และระดับปานกลาง ร้อยละ 30.8

3. เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตรา ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.3 มีระดับเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับที่เป็นกลาง กลุ่มที่มีพฤติกรรมติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 72.1 มีพฤติกรรมติตรา ระดับมาก ร้อยละ 25.6 และไม่มีพฤติกรรมติตรา ร้อยละ 0.7 รองลงมาคือกลุ่มที่มีระดับเจตคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกเป็น กลุ่มที่มีพฤติกรรมติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 4.6 มีพฤติกรรมติตรา ระดับมาก ร้อยละ 0.7 และไม่มี พฤติกรรมติตรา ร้อยละ 0.4 และในกลุ่มที่มีเจตคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกเป็น กลุ่มที่มีพฤติกรรมติตรา ระดับ ปานกลาง ร้อยละ 0.5 มีพฤติกรรมติตรา ระดับมาก ร้อยละ 0.5

4. การได้รับข้อมูลข่าวสารการติตราและเลือกปฏิบัติ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตรา ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.4 เป็นกลุ่มที่มีระดับของการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติตรา ในระดับปานกลาง จำแนกเป็นกลุ่ม ที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 57.0 กลุ่มที่มีการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 20.1 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรม การติตรา ร้อยละ 0.4 รองลงมา เป็นกลุ่มที่มีระดับการรับข้อมูล ในระดับน้อย จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.1 กลุ่มที่มีการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 6.6 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.7 และกลุ่มที่มีระดับการรับข้อมูล ในระดับมาก พบมีจำนวนที่มีพฤติกรรมติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 2.0 และระดับมาก ร้อยละ 0.2

5. ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตรา ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 79.0 ที่มีทักษะ ในระดับปานกลาง จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 57.9 กลุ่มที่มี การติตรา ระดับมาก ร้อยละ 20.6 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.5 รองลงมา เป็นกลุ่มที่มีระดับทักษะ ในระดับที่ดี จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.7 กลุ่มที่มีการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 5.0 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับน้อย จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.5 กลุ่มที่มี การติตรา ระดับมาก ร้อยละ 1.2 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.5

6. รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตรา ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.8 อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ผู้ปกครองมีรูปแบบการเลี้ยงดูเอาใจใส่ระดับปานกลาง โดยจำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรม การติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.6 ระดับมาก ร้อยละ 20.1 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.2 รองลงมา เป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ผู้ปกครองเลี้ยงดูในระดับที่ปล่อยปละละเลย ร้อยละ 14.4 จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรม การติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.5 ระดับมาก ร้อยละ 2.7 และไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.2 และกลุ่มที่อาศัย อยู่ในครอบครัวที่ผู้ปกครองมีรูปแบบการเลี้ยงดูเอาใจใส่ระดับที่ดี ร้อยละ 9.8 เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.0 ระดับมาก ร้อยละ 4.1 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.7

7. การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตรา ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 85.1 ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับปานกลาง จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรม การติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 61.8 กลุ่มที่มีการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 22.4 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.9 รองลงมา เป็นกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุน ระดับมาก เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.1 กลุ่มที่มีการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 2.5 ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.2 และกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุน ในระดับน้อย จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 2.0 และกลุ่มที่มีการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.2 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามกรอบ PRECEDE Framework กับพฤติกรรม การติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ เอชไอวี (n = 563)

ปัจจัยตามกรอบ PRECEDE Framework	พฤติกรรมกรรมการติตราและเลือกปฏิบัติ						X ²	p-value
	ติตรามาก		ติตราปานกลาง		ไม่มีการติตรา			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน		
ความรู้เกี่ยวกับการติตรา (ปัจจัยนำ)								
ระดับดี	5	26.3	10	52.6	4	21.1	75.75	<0.001
ระดับปานกลาง	21	31.8	45	68.2	-	-		
ระดับควรปรับปรุง	125	26.2	351	73.4	2	0.4		
การรับรู้แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการติตรา (ปัจจัยนำ)								
ระดับมาก	9	69.2	4	30.8	-	-	26.82	<0.001
ระดับปานกลาง	21	27.3	52	67.5	4	5.2		
ระดับน้อย	121	25.6	350	74.0	2	0.4		
เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ปัจจัยนำ)								
เจตคติเชิงบวก	4	12.5	26	81.3	2	6.3	13.09	<0.011*
เป็นกลาง	144	27.5	377	72.1	4	0.8		
เจตคติเชิงลบ	3	50	3	50	-	-		
การได้รับข้อมูลข่าวสารการติตรา (ปัจจัยเอื้อ)								
ระดับมาก	1	8.3	11	91.7	-	-	12.54	<0.014*
ระดับปานกลาง	113	25.9	321	73.6	2	0.5		
ระดับน้อย	37	32.2	74	64.3	4	3.5		
ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ปัจจัยเอื้อ)								
ระดับดี	28	36.4	49	63.6	-	-	21.57	<0.001
ระดับปานกลาง	116	26.1	326	73.3	3	0.7		
ระดับน้อย	7	17.1	31	75.6	3	7.3		
รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (ปัจจัยเอื้อ)								
ดูแลเอาใจใส่ดี	23	41.8	28	50.9	4	7.3	33.64	<0.001
ใส่ใจระดับปานกลาง	113	26.5	313	73.3	1	0.2		
ปล่อยปละละเลย	15	18.5	65	80.2	1	1.2		
การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน (ปัจจัยเสริม)								
ระดับมาก	76	26.8	208	73.2	-	-	7.95	0.093
ระดับปานกลาง	75	27.3	194	70.5	6	2.2		
ระดับน้อย	-	-	4	100.0	-	-		
การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (ปัจจัยเสริม)								
ระดับมาก	14	19.4	57	79.2	1	1.4	27.80	<0.001
ระดับปานกลาง	126	26.3	348	72.7	5	1.0		
ระดับน้อย	11	91.7	1	8.3	-	-		

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตราบา ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 1.1 ไม่มีพฤติกรรมการติตราบา เลย สอดคล้องการข้อมูลการสำรวจขององค์การอนามัยโลก⁽¹³⁾ ที่พบว่าเพศมีความสำคัญ และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแสดงออกพฤติกรรมที่แตกต่างระหว่างเพศชาย และเพศหญิง เช่น พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประเด็นเรื่องเอชไอวี ทั้งนี้อาจส่งผลมาจากการที่เพศหญิงมีความตระหนัก เรื่องการการดำเนินชีวิตวัยรุนมากกว่าเพศชาย ทั้งในด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ และ รวมถึงพฤติกรรมการติตราบา อีกด้วย

ปัจจัยอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตราบา ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุระหว่าง 18 - 20 ปี ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการติตราบา กว่าร้อยละ 57.2 ต่างกับกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 15 - 17 ปี ที่พบว่า มีจำนวนนักเรียนที่มีพฤติกรรมติตราบา ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.9 หากเทียบเป็นสัดส่วนภายในกลุ่มอายุเดียวกัน ถือว่าเป็นสัดส่วนที่มาก ทั้งนี้เป็นผลมาจากอายุและประสบการณ์จากการที่นักเรียนได้รับข่าวสารในยุคปัจจุบัน และมีโอกาส ได้เข้าถึงการรณรงค์จากภาคหน่วยงานสุขภาพที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมถึงสื่อโซเชียลมีเดีย สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ บุญเชียง และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศของ วัยรุนตอนต้น ที่มีอายุระหว่าง 10 - 14 ปี โดยนักเรียนช่วงอายุดังกล่าวยังมีความรู้เกี่ยวกับช่องทางการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อาการของโรคเอดส์ ความเสี่ยงในการติดเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ในระดับที่ต่ำ อันเนื่องมาจากอายุน้อย และไม่ค่อยมีประสบการณ์การเข้าถึงสื่อความรู้ดังกล่าวและส่งผลถึงพฤติกรรมปฏิบัติตัว และในการศึกษาของ วิโรจน์ อารีกุล⁽¹⁵⁾ ยังพบว่าวัยรุนที่มีอายุระหว่าง 15 - 20 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุนตอนต้นและมีการพัฒนาการ ทางด้านเพศของวัยรุน โดยในกลุ่มดังกล่าวจะมีการเรียนรู้เรื่องเพศ โดยแสดงออกมาในลักษณะของการพูดคุยกับเพื่อนฝูง โทรศัพท์ เล่าเรื่องตลก ซึ่งจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและสนทนา ตลอดจน การค้นคว้าเสาะหาข้อมูลและแบ่งปันข้อมูลภายในวงสนทนาและกลุ่มเพื่อน โดยสรุปได้ว่าอายุที่มากกว่าบวกกับประสบการณ์ ความรู้ที่ได้รับมากกว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อลดและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการติตราบา ในนักเรียนอาชีวศึกษา

ปัจจัยระดับชั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตราบา ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น อาชีวศึกษาที่มีระดับชั้นที่สูงกว่าจะมีความรู้และเข้าใจในประเด็นเรื่องการติตราบา มากกว่ากลุ่มที่กำลังศึกษาในระดับชั้นที่ ต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Kefale Bearket⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายระดับความรู้เรื่องเอชไอวีและเอดส์ของ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุระหว่าง 15 - 49 ปี ในประเทศเอธิโอเปีย พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่อง เอชไอวีและเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยในการศึกษาดังกล่าวได้ทำการศึกษาในกลุ่มนักเรียนที่มีอายุ เทียบเคียงและเท่ากับกลุ่มประชากรเป้าหมายของการศึกษารั้งนี้ ซึ่งพบว่านักเรียนที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะมีความรู้เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มนักเรียนที่อยู่ในระดับชั้นที่ต่ำกว่า และในขณะเดียวกัน หากนักเรียนมี องค์ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ ก็จะสามารถทำความเข้าใจ เปิดรับข้อมูลการรณรงค์ การประชาสัมพันธ์เนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กับ การติตราบา ได้เป็นอย่างดีและนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดพฤติกรรมการติตราบาและเลือกปฏิบัติ

ปัจจัยชาติพันธุ์/ชนเผ่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตราบา ($p < 0.001$) โดยในกลุ่มชาติพันธุ์ไทย จำแนกเป็น กลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตราบา ระดับปานกลาง ร้อยละ 72.4 ระดับมาก ร้อยละ 27.5 และไม่มีพฤติกรรมติตราบา ร้อยละ 0.2 โดยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มชาติพันธุ์/ชนเผ่า จำแนกเป็นมีพฤติกรรมการติตราบา ระดับปานกลาง ร้อยละ 69.8 ระดับมาก ร้อยละ 20.8 และไม่มีพฤติกรรมติตราบา ร้อยละ 9.4 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Robert Garofalo และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความแตกต่างในแต่ละเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ ที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่องเอชไอวีเอดส์ และการป้องกัน รวมถึงความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในมลรัฐแห่งหนึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกา

โดยพบว่าในกลุ่มชายผิวสีซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มคนผิวขาว จะมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับคะแนนที่ต่ำกว่าหากเทียบกับกลุ่มชายผิวขาว ซึ่งถือเป็นปัจจัยความแตกต่างด้านเชื้อชาติและชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยตามกรอบกำหนด PRECEDE Framework กับพฤติกรรม การติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการติตราและเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติตรา ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้เรื่องการติตรา ในระดับที่ควรปรับปรุง จะมีระดับของพฤติกรรม การติตรา ในระดับมาก และระดับปานกลาง ร้อยละ 73.4 และ 62.3 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang H, Li X. และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าหากวัยรุ่นมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรคแล้วนั้นก็จะนำมาซึ่งการปฏิบัติในด้านการป้องกันโรคที่ถูกต้อง สาเหตุเป็นเพราะความรู้เรื่องเอชไอวีพื้นฐานนั้น สามารถใช้ในการตัดสินใจในการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงและลดพฤติกรรม การติตรา ได้ตรงกันข้ามกับการศึกษาของ อภิญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์ และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาระดับพฤติกรรม การติตรา ในบุคลากรด้านการแพทย์ พบว่าองค์ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีผลกับพฤติกรรม การติตรา ของบุคลากรด้านการแพทย์ ในสถานบริการพยาบาลโดยพฤติกรรม การติตรา มิได้ขึ้นอยู่กับองค์ความรู้ทางวิชาชีพที่มี เพราะการศึกษายังคงพบว่า ในบุคลากร บางกลุ่มยังคงมีความกังวล และกลัวผู้ติดเชื้อฯ จนในบางครั้งอาจจะแสดงออกเป็นรูปแบบของพฤติกรรม การติตรา อย่างไม่ได้ตั้งใจ รวมทั้งในการศึกษาของ เพ็ญพิศ ฤทธิ และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาเรื่อง การติตราตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยพบว่า ในบุคลากรด้านสุขภาพ ที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี ช่องทางการติดเชื้อ และการป้องกันในระดับที่ดีเพียงใด แต่เมื่อเทียบกับพฤติกรรม การติตรา แล้วยังคงปรากฏพฤติกรรมดังกล่าว โดยพบว่าต่อให้บุคลากรจะมีความรู้ด้านเอชไอวี โดยเฉพาะในหลักการ QQR; (Quantity, Quality, Route of Transmission) มากเพียงใด แต่ยังคงมีความกังวลและหวาดกลัวเอชไอวีอยู่ ซึ่งด้วยเหตุที่กล่าวมานี้ อาจส่งผลถึงผู้ติดเชื้อฯ ให้เกิดความรู้สึก การติตราตนเองได้เช่นกัน

ปัจจัยการรับรู้แนวทางการป้องกันการติตราและเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติตรา ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ ในระดับน้อย จะมีพฤติกรรม การติตรา ในระดับปานกลาง และในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ระดับปานกลาง มีระดับพฤติกรรม การติตรา ระดับปานกลาง และระดับมาก ร้อยละ 67.5 และ 27.3 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า หากนักเรียนอาชีวศึกษามีการรับรู้ โดยการรับรู้เกิดจากการรับข้อมูลข่าวสารจากบุคคล การประชาสัมพันธ์ หรือสื่อสังคมออนไลน์ และอื่นๆ ก็จะสามารถเตือนตนเองหรือรู้การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรม ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยอาจเป็นการลดผลกระทบทางด้านจิตใจ และความรู้สึก ซึ่งถือเป็นความสำเร็จของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาคประชาสังคมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่ต่างผลิตสื่อรณรงค์เพื่อให้ทุกคนเข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์หลักของการดำเนินงานเพื่อลดการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งยังทำให้นักเรียน กลุ่มเยาวชน และรวมถึงประชาชนทั่วไปรับรู้การขับเคลื่อนในประเด็นดังกล่าว ในสังคม และตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นดังกล่าว

ปัจจัยด้านเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติตรา ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับที่เป็นกลาง จะมีระดับพฤติกรรม การติตรา ระดับปานกลาง และระดับมาก เมื่ออ้างอิงจากแบบวัดระดับเจตคติพบว่าส่วนใหญ่เลือกตอบระดับเจตคติของตนเองในระดับที่เป็นกลางหรือไม่แน่ใจ ดังตัวอย่างข้อคำถาม “เอชไอวี มีความรุนแรงเทียบเท่ากับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือมะเร็ง” พบว่ามากกว่าร้อยละ 86.7 เลือกตอบระดับเจตคติในระดับไม่แน่ใจ และในข้อคำถาม “ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ไม่ควรทำหน้าที่แม่ครัวหรือคนปรุงอาหารหรือทำข้าวแกงขาย” ร้อยละ 78.0 เลือกตอบ “ไม่เห็นด้วย” ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี และระดับเจตคติ และในการศึกษาของ เกรียงไกร ศรีธนวิญชัย⁽⁶⁾ ที่ทำการสำรวจระดับการติตรา ในกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่า การติตราและเลือกปฏิบัติ เป็นผลมาจากเจตคติ โดยพบว่าประชาชนมากกว่าร้อยละ 52.1 รู้สึกรังเกียจที่จะซื้ออาหารสดหรือ

อาหารพร้อมปรุงจากผู้ขายหรือผู้ประกอบการที่เป็นผู้ติดเชื้อ อีกทั้งการศึกษาของ ญัฐวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์⁽²¹⁾ ก็พบว่าการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี มาจากทัศนคติของผู้คนรอบข้าง ในสังคมที่ดำเนินชีวิตอยู่โดยที่ทัศนคติที่บุคคลมีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี มักจะแสดงออกผ่านรูปแบบการสื่อสาร ซึ่งในบางการสื่อสารอาจส่งต่อและถ่ายทอดพฤติกรรม การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยที่ผู้ติดเชื้อ สามารถสัมผัสได้

ปัจจัยการได้รับข้อมูลข่าวสารการตีตราและเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตีตรา ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.6 เป็นกลุ่มที่มีระดับของการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการตีตรา ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจากข้อคำถาม “นักเรียนได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการรณรงค์เรื่องการตีตรา จากหน่วยงานของภาครัฐ ในรูปแบบสื่อ สิ่งพิมพ์ โทรทัศน์” พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 84.5 ไม่เคยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารดังกล่าว รวมถึงประเด็นการเคลื่อนไหวในสังคม จึงทำให้ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีระดับของการได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับกลาง แต่ก็ยังคงมีพฤติกรรมการตีตรา ระดับปานกลางมากถึงร้อยละ 57.0 ซึ่งถือเป็นจำนวนที่เกินครึ่ง และเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องเพิ่มการรณรงค์เพื่อให้ทุกคนเข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์หลักของการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งทำให้นักเรียน กลุ่มเยาวชน และรวมถึงประชาชนทั่วไปรับรู้การขับเคลื่อนในประเด็นดังกล่าว ในสังคมและตระหนักถึงความสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย ศรีทองธรรม⁽²²⁾ โดยพบว่า การสื่อสารและให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องเอชไอวี ไม่ว่าจะ เป็นในระดับระหว่างบุคคล (Inter personal level) ระดับองค์กร/สถาบัน (Organizational/Institutional level) และระดับชุมชน (Community level) ซึ่งการรณรงค์ให้เกิดความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และประเด็นเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติ ให้กับประชาชน และสมาชิกขององค์กร/ชุมชน ผ่านช่องทางที่หลากหลาย ได้แก่ วิทยุโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต จะทำให้คนที่อยู่ในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมากขึ้น และจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ สามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้ดีกว่าในอดีต ช่วยลดความรู้สึกกลัวต่อการถูกเปิดเผยการติดเชื้อ ของตนต่อบุคคลอื่นได้เป็นอย่างดี

ปัจจัยทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตีตรา ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีทักษะ ระดับปานกลาง ร้อยละ 73.3 ยังมีพฤติกรรมการตีตรา ในระดับปานกลาง และระดับมาก ร้อยละ 57.9 และ 20.6 ตามลำดับ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ยังคงมีพฤติกรรมการตีตรา ในระดับปานกลางนั้น มีผลมาจากการขาดทักษะการจัดการพฤติกรรมแสดงออกของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ นาวา ผานะวงศ์⁽²³⁾ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการในโรงพยาบาล เกี่ยวกับระดับทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ ต่อพฤติกรรมการตีตรา ซึ่งในการศึกษาดังกล่าว พบว่าระดับการตีตรา และการป้องกันการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับทักษะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในคลินิกบริการผู้ป่วยเอชไอวีซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีระดับทักษะและความรู้ในระดับที่สูงอยู่แล้ว แต่ยังพบพฤติกรรมการตีตรา และเลือกปฏิบัติที่แสดงออกมาทั้งแบบตั้งใจและไม่ตั้งใจผ่านรูปแบบพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งจะมากหรือน้อยถือเป็นทักษะในการจัดการตนเอง ทั้งในด้านมุมมองความคิดและการปฏิบัติตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยสามารถสนับสนุนและอธิบายพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างได้ว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีระดับทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่เมื่อทำการวัดระดับพฤติกรรมการตีตรา ก็ยังคงพบว่ามีพฤติกรรมการตีตรา ในระดับปานกลาง ซึ่งจากการประเมินจากรายข้อคำถามการวัดทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกประเมินและตอบในเชิงบวก และสามารถปฏิบัติตนในเชิงบวก เพื่อลดและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการตีตรา แต่ในส่วนของการวัดระดับพฤติกรรมการตีตรา นั้น ส่งผลมาจากความยากในการตัดสินใจว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไรเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์จริง

ปัจจัยรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตีตรา ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.0 อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ผู้ปกครองมีรูปแบบการเลี้ยงดูใส่ใจระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการตีตรา ระดับปานกลางและระดับมาก ร้อยละ 73.3 และ 26.5 ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรม และเข้มงวดจากผู้ปกครองในเรื่องเพศ การคบเพื่อน การป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และรวมถึงการตกเทือนเกี่ยวกับความอันตรายของเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ จึงเป็นสาเหตุทำให้นักเรียนมีประสบการณ์การถูกเลี้ยงดูจาก

ผู้ปกครองในระดับที่ดีและมีความรู้ ทั้งนี้ รวมถึงกลุ่มที่ผู้ปกครองให้การดูแลเอาใจใส่ในระดับปานกลางด้วย โดยเมื่อทำการวัดพฤติกรรมการตีตราฯ จึงทำให้ยังคงปรากฏพฤติกรรมการตีตราฯ แต่ไม่ได้เป็นการตีตราฯ แบบตรงไปตรงมา แต่เป็นความตระหนักต่อพฤติกรรมใดๆ ที่อาจจะส่งผลให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัษณา ฉายศรี⁽²⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง และสัมพันธภาพของวัยรุ่นกับครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตีตราฯ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับที่ดี จะมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการตีตราฯ กลุ่มนักเรียนที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.7 จะมีพฤติกรรมการตีตราฯ ระดับปานกลาง ในขณะที่เดียวกัน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ผู้ปกครองปล่อยปละละเลย จะมีพฤติกรรมการตีตราฯ ระดับมาก ร้อยละ 91.7 โดยในกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ปกครองให้การสนับสนุนและคำปรึกษาในระดับดี มีระดับพฤติกรรมตีตราฯ ระดับต่ำ เป็นผลมาจากการที่คนในครอบครัวให้ความรัก ความอบอุ่น ให้คำปรึกษา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดี กลุ่มนักเรียนที่เป็นวัยรุ่นก็จะมี การปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัษณา ฉายศรี⁽²⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าสัมพันธภาพของวัยรุ่นกับบุคคลในครอบครัว การที่วัยรุ่นมีระดับสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว มีเวลาสนทนาและแบ่งปันประสบการณ์ และการปรึกษาปัญหาต่างๆ นั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ทำการศึกษาทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา ชาติพันธุ์/ชนเผ่า และปัจจัยนำด้านความรู้ การรับรู้แนวทางป้องกัน เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปัจจัยเอื้อด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง รวมถึงปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตีตราฯ และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น ผลการศึกษานี้จึงสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาส่งเสริมความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องต่อเอชไอวี และแนวทางการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการตีตราฯ ตลอดจนส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี การพัฒนาปัจจัยด้านนโยบายและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายในสถานศึกษา อีกทั้งการส่งเสริมให้นักเรียน และกลุ่มวัยรุ่นเข้าถึงการตรวจคัดกรองในสถานพยาบาล และคลินิกชุมชน เพื่อรู้สถานะผลเลือดของตนเอง และนำไปสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ หากมีสถานะการติดเชื้อ หรือมีผลเลือดบวก และรับบริการทางการรักษาโดยปราศจากการตีตราฯ

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยการจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้หลากหลายโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบผลของการลดพฤติกรรมการตีตราฯ และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษา และพัฒนาแบบสอบถามเพื่อเป็นการต่อยอดในแต่ละตัวแปรปัจจัยที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติมอย่างละเอียด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานผลการดำเนินงานสำนักโรคเอดส์วันโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2560. [อินเทอร์เน็ต] 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17 มีนาคม 2020]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/11454>.
2. UNAIDS. UNAIDS data 2019. Geneva, Switzerland: UNAIDS; [Internet]. 2019 [cited 2020 April 13]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf

3. ศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. (2563). ข้อมูลสถานการณ์เอชไอวีเอดส์ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://hivhub.ddc.moph.go.th>.
4. National AIDS Program. Thailand National Strategy to End AIDS 2017–2030 [internet]. [cited 2023 August 22]; Available from: www.namc.ddc.moph.go.th.
5. Green IW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 1998.
6. เกรียงไกร ศรีธนาวิบูลย์. การสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ในสถานบริการ “ในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 1/2558. นนทบุรี: บริษัท หกหนึ่งเจ็ด จำกัด: 2558. หน้า 16-18).
7. เกรียงไกร ศรีธนาวิบูลย์, สุวัฒน์ ชัยเลิศศักดิ์, จิราลักษณ์ นนทรักษ์, สาวิตรี อัมมวงค์กรชัย, ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์, และคณะ (รายงานการสำรวจ Stigmatizing attitudes towards people living with HIV among general adult Thai population, 2573) (2560)
8. สาวิตรี อ่อนจันทร์, ยุติ ลีลัคณาวิระ, และพรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ของเยาวชนหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563; 40(1): 45-57
9. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. 9th ed. Hoboken, N.J.: John Wiley; 2010.
10. Lindeman N. What's The Average Survey Response Rate? [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 27]. Available from: <https://surveyanyplace.com/blog/average-survey-response-rate>.
11. Somwang P. Techniques of Educational Research Questionnaire. Journal of Education Research News. [cited 2014 Apr.].
12. Bloom BS. What We Are Learning about Teaching and Learning: A Summary of Recent Research. Principal. 1986; 66:6–10.
13. WHO. Alcohol use and sexual risk behaviour: a cross-cultural study in eight countries. [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/alcohol-use-and-sexual-risk-behaviour-a-cross-cultural-study-in-eight-countries>.
14. วราภรณ์ บุญเชียง, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, วารุณี พองแก้ว, และ พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิน. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศ. วารสารสภาการพยาบาล. 2556; 28(1):124–137.
15. วิโรจน์ อารีย์กุล. การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: กองทุนกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2553.
16. Kefale B, Damtie Y, Yalew M, Adane B, Arefaynie M. Predictors of comprehensive knowledge of HIV/AIDS among people aged 15–49 years in Ethiopia: a multilevel analysis. HIV/AIDS (Auckland, N.Z.). 2020; 12:449–456.
17. Garofalo R, Gayles T, Bottone PD, Ryan D, Kuhns LM, Mustanski B. Racial/ethnic differences in HIV-related knowledge among young men who have sex with men and their association with condom errors. Health Education Journal. 2015;74(5):518-530.
18. Yang H, Li X, Stanton B, Fang X, Lin D, Naar-King S. HIV-related knowledge, stigma, and willingness to disclose: A mediation analysis. AIDS Care. 2006;18(7):717-724.
19. อภิญญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์, ยศภัทร เสาวภาคภูมิกุล, ประไพพิศ วิวัฒนาวิช, คณะ Matrix SAIL. สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ 2558. [อินเทอร์เน็ต]. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 3 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://223.27.246.196/aca/attachments/article/58/stigmatize.pdf>.
20. แพทย์พัทธ์ อุทิศ, และณิชากุล ชันบุตรศรี. คู่มือการดูแลตนเอง เรื่อง เสริมสร้างคุณค่า ลดการตีตราตนเอง. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

21. ณัฐวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์. การสื่อสารที่ส่งผลต่อการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: ภาพตัวแทน และความหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อฯ วารสารโรคเอดส์, 2562: 31(3): 103-115
22. อรทัย ศรีทองธรรม กระบวนการทุนทางสังคม: นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน Social Capital Process: The Innovation for Care of People Living with HIV/AIDS in Community. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ 2553: 50, (1)
23. นาวา ผานะวงศ์. ผลการใช้โปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร วารสารโรคเอดส์ 2562: 31(3): 125-141.
24. ลัชนา ฉายศรี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2553.